

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal Business Unit: PUERT
Desde: 01/16/2022 Aviso #: 8825815
Hasta: 01/31/2022 Fecha Aviso: 01/28/2022

JULIA M COLL PEREZ PO BOX 6751 MAYAGUEZ, PR 00681-6751 SS: XXX-XX-0464	# Empleado: XXXXX0464 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,855.83 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adel.: Cant. Adel.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS					IMPUESTOS			
Descripcion	----- Corriente -----			----- Acumulado -----		Descripcion	Corriente	Acumulado
	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos			
Pago de Salarios Regulares			927.92	157.50	1,855.84			

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	53.48	106.96	SM-SSS LEY 117	100.00	100.00
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	177.97	355.94			
			AE-Seguro por Muerte Asoc ELA	3.00	6.00			
			AS-ASOC PENSIONADOS	1.00	2.00			
			Ahorros-AEELA	27.84	55.68			
Total:			Total:			* Tributable		
0.00			263.29					
0.00			526.58					

TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA
Corriente:	927.92		0.00		263.29		664.63
Acumulado:	1,855.84		0.00		526.58		1,329.26

PTO HORAS	ACUM
Balance Inicial:	0.0
+ Acumulado:	
- Utilizado:	
- Donada:	
+ Ajustes:	
Balance Final:	0.0

DISTRIBUCION PAGA NETA	
Aviso #8825815	664.63
Total:	664.63

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
01/28/2022

Aviso No.
8825815

Cant. Deposito: \$664.63

TRAY 59 SEQ 15081 *****AUTO**SCH 5-DIGIT 00680 15081 1 AV 0.426
JULIA M COLL PEREZ
PO BOX 6751
MAYAGUEZ PR 00681-6751

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	REDACTED	\$664.63
Total:		\$664.63

NO-NEGOCIABLE

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 01/01/2022
Hasta: 01/15/2022
Business Unit: PUERT
Aviso #: 8569951
Fecha Aviso: 01/14/2022

JULIA M COLL PEREZ PO BOX 6751 MAYAGUEZ, PR 00681-6751 SS: XXX-XX-0464	# Empleado: XXXXX0464 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,855.83 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			927.92	75.00	927.92			
Total:						Total:		

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	53.48	53.48			
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	177.97	177.97			
			AE-Seguro por Muerte Asoc ELA	3.00	3.00			
			AS-ASOC PENSIONADOS	1.00	1.00			
			Ahorros-AEELA	27.84	27.84			
Total:			Total:			* Tributable		

TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES			PAGA NETA		
Corriente:	927.92			0.00		263.29			664.63		
Acumulado:	927.92			0.00		263.29			664.63		

PTO HORAS	ACUM
Balance Inicial:	0.0
+ Acumulado:	
- Utilizado:	
- Donada:	
+ Ajustes:	
Balance Final:	0.0

DISTRIBUCION PAGA NETA	
Aviso #8569951	664.63
Total:	664.63

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
01/14/2022

Aviso No.
8569951

Cant. Deposito: \$664.63

TRAY 59 SEQ 15081 *****AUTO**SCH 5-DIGIT 00680 15081 1 AV 0.426
JULIA M COLL PEREZ
PO BOX 6751
MAYAGUEZ PR 00681-6751

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	REDACTED	\$664.63
Total:		\$664.63

NO-NEGOCIABLE

Grupo de Pago:	SM -Quincenal	Business Unit:	PUERT
Desde:	04/16/2021	Aviso #:	3903508
Hasta:	04/30/2021	Fecha Aviso:	04/30/2021

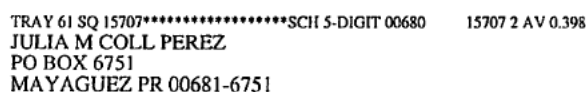
# Empleado:	XXXXX0464
Dept:	592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004
Lugar:	A/OS SERVICIO LEY 91
Titulo:	Pensionado
Sueldo:	\$1.855.83 Monthly

DATA IMP:	Federal	PR
Estado Civil:	Married	Married
Concesiones:	0	39 +99
Pct. Adel.:		
Cant. Adel.:		

MENSAJE:

**Aviso No.
3903508**

Cant. Deposito: \$664.63



NO-NEGOCIABLE

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 04/01/2021
Hasta: 04/15/2021
Business Unit: PUERT
Aviso #: 3651117
Fecha Aviso: 04/15/2021

JULIA M COLL PEREZ PO BOX 6751 MAYAGUEZ PR 00681-6751 SS: XXX-XX-0464		# Empleado: XXXXX0464 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,855.83 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:
HORAS E INGRESOS		IMPUESTOS	
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas Ingresos	Acumulado Horas Ingresos
Pago de Salarios Regulares		927.92	562.50 6,495.44
Total:		927.92	562.50 6,495.44
DEDUCCIONES		DEDUCCIONES GENERALES	
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mue 53.48 374.36 AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular 177.97 1,240.27 AE-Seguro por Muerte Asoc ELA 3.00 21.00 AS-ASOC PENSIONADOS 1.00 7.00 Ahorros-AEELA 27.84 194.88
Total:		0.00 0.00	263.29 1,837.51
TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS	
Corriente:	927.92	0.00	263.29
Acumulado:	6,495.44	0.00	1,837.51
PTO HORAS		DISTRIBUCION PAGA NETA	
Balance Inicial:	0.0	Aviso #3651117 664.63	
+ Acumulado:		Total: 664.63	
- Utilizado:			
- Donada:			
+ Ajustes:			
Balance Final:	0.0		

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
04/15/2021

Aviso No.
3651117

Cant. Deposito: \$664.63

TRAY 61 SQ 15707*****SCH 5-DIGIT 00680 15707 2 AV 0.398
JULIA M COLL PEREZ
PO BOX 6751
MAYAGUEZ PR 00681-6751

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	REDACTED	\$664.63
Total:		\$664.63

NO-NEGOCIABLE

1. Nombre y Apellidos de la Persona Fallecida según inscrita: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos)		2. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No determinado	
JOSE MIGUEL COLL PEREZ			
1b. También conocido por: (Otro nombre completo si es muy diferente al 1a.) <input type="checkbox"/> No tiene			
3. Núm. de Seguro Social de la persona fallecida: <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconocido		4a. Edad (años): 66	
4b. Menor de un año: Meses: Semanas: Días:		4c. Menor de 24 horas: Horas: Minutos:	
5. Fecha de Nacimiento: (Mes en letras) NOVIEMBRE / 4 / 1955			
6a. Ciudadanía al momento del Fallecimiento: SALINAS y PUERTO RICO		6b. Tiempo de residencia en Puerto Rico: 66 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input checked="" type="checkbox"/> Años	
7. Residencia de la Persona Fallecida: 7a. Barrio/ Urb./ Cond: URB LA RAMBLA		7b. Núm. y Calle: CALLE CASTELLANA 1389	
7c. Núm. Apt:		7d. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
7e. Estado o País: PUERTO RICO		7f. Código Postal: 00730	
8. ¿Pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
9a. Estado marital de la persona fallecida al momento de la defunción: <input type="checkbox"/> Casada legalmente <input type="checkbox"/> Casada pero separado/a <input type="checkbox"/> Divorciada <input checked="" type="checkbox"/> Viuda <input checked="" type="checkbox"/> Nunca casada <input type="checkbox"/> Desconocido		9b. Si la persona fallecida no estaba casada legalmente, ¿convivía o cohabitaba? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
10. Nombre del cónyuge sobreviviente según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos)		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
11a. Nombre del padre del fallecido según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos) JOSE MIGUEL COLL		11b. Lugar de Nacimiento: Municipio: SALINAS Estado o País: PUERTO RICO	
12a. Nombre de la madre del fallecido según inscrita: (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos) JULITA PEREZ		12b. Lugar de Nacimiento: Municipio: SALINAS Estado o País: PUERTO RICO	
13a. Nombre del Informante: JULIA MARIA COLL		13b. Núm. de teléfono: 787 652 4661	
13c. Relación con el fallecido: HERMANA			
13d. Dirección postal del informante: (Barrio/ Urb./ Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal) URB VISTA VERDE CALLE OPALO #10 MAYAGUEZ, PR 00882		13e. Firma del Informante: Julia M. Coll Perez	
14a. Lugar de Defunción: (Seleccione sólo una) Si ocurrió en el Hospital: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio/Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Muerto al llegar Si ocurrió fuera del Hospital: <input checked="" type="checkbox"/> Asilo/Casa de Salud/Facilidad Cuidado Prolongado <input type="checkbox"/> Residencia de la persona fallecida <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		14b. Tiempo de estadía si falleció en hospital/asilo/casa de salud/facilidad de cuidado prolongado: 22 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input checked="" type="checkbox"/> Años	
14c. Nombre de la facilidad donde ocurrió defunción: HOGAR SUSTITUTO RODRIGUEZ NIEVES		16. Núm. de identificación Facultad: NPI	
17a. Dirección del lugar de la defunción: (Barrio/ Urb./ Cond, Calle y Núm.) CALLE ACEROLA #965 URB LOS CAOBOS		17b. Municipio: PONCE	
17c. Código Postal: 00			
Encasillados 18 a 44 deben ser completados por el médico que declara y certifica la muerte.		18. Fecha de declaración de la muerte: Mes / Día / Año	
20a. Firma de quien declara la muerte (sólo si es diferente de quien certifica):		20b. Número de Licencia:	
20c. Fecha de la firma: Mes / Día / Año			
21. Fecha de la muerte: (Mes en letras) 06 / 05 / 2022 <input checked="" type="checkbox"/> Exacta <input type="checkbox"/> Aproximada <input type="checkbox"/> Fecha hallazgo		22. Hora de la muerte: 1 : 55 <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Exacta <input checked="" type="checkbox"/> Aproximada <input type="checkbox"/> Fecha hallazgo	
23. ¿Se contactó al Instituto de Ciencias Forenses? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		Núm. Patología: (Uso exclusivo de ICF)	
24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. USE LETRA DE MOLDE. Causa Inmediata: a. Malignant Neoplasm of brain Debido a, o como consecuencia de: b. Hipertension Debido a, o como consecuencia de: c. Cardio Respiratory Arrest Debido a, o como consecuencia de:		Intervalo aproximado de tiempo: desde el inicio hasta la defunción.	
25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica de muerte indicada en la Parte I:			
26. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		30. Tipo o manera de muerte: <input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente de investigación <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo determinarse	
27. ¿Los resultados de autopsia estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
28. ¿El uso de tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce			
29. Si era mujer: <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos antes de la muerte			
31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora: 31a. Mes / Día / Año 31b. Hora : Min <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.)	
33. ¿Ocurrió en el trabajo?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/ Urb./ Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)			
35. Describa cómo ocurrió la lesión:		36. Si la lesión ocurrió por accidente de tránsito, especifique si la persona lesionada era: <input type="checkbox"/> Conductor / Operador <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	
37a. Fecha de la última operación, si la hubo: Mes / Día / Año		37b. Tipo de operación/ hallazgos más importantes:	
38. Núm. Récord Médico:			
39. Certificación (seleccione sólo una): Nota: Si esta certificación es hecha a base de información suministrada, debe completar encasillado especial al dorso. <input checked="" type="checkbox"/> Médico que CERTIFICA: en mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico que DECLARA y CERTIFICA: en mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico FORENSE/PATÓLOGO: a base del examen médico y/o investigación, en mi opinión, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y de la manera establecida.			
40. Nombre, dirección y código postal del médico que certificó la causa de muerte (preguntas 24 y 25): Waleska Quiñones Rios, Urb Vista Real calle Kafekun D-2 Yauco Puerto Rico 00698			
41. Título del Médico que certifica: Médico General		42. Número licencia: 17485	
43. Fecha de Certificación: 06 / 05 / 2022		44a. ¿La persona fue donante de órganos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
44b. ¿Qué órganos fueron donados?			
45. Núm. de Control de Nacimiento:			
46a. Fecha de Registro: Mes / Día / Año		46b. Número Oficina Local del RD:	
46c. Firma Registrador:			

Exhibit Page 6 of 6

JOSE MIGUEL COLL PEREZ

Exhibit Page

Sección a ser completada: Director Funerario